

FALTA DE IMPLEMENTACION DE ACTIVIDADES DE PROMOCION,
PREVENCION Y CONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN
DIFERENTES LOCALIDADES DE COLOMBIA: IPIALES, CHINCHINA,
FLORENCIA, PASTO, SANTANDER DE QUILICHAO

MARÍA SOLEIDA COLLAZOS VALENCIA C.C. 24.627.296

MARÍA ELIZABETH RIVERA VILLOTA C.C. 27.145.501

SARA CONCEPCIÓN OLIVA URRESTÍ C.C. 27.400.498

MARÍA EUGENIA DURAN C.C.25.529.528

OLIVA LÓPEZ NARVÁEZ C.C. 25.57.216

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
ESCUELA DE CIENCIAS BÁSICAS, TECNOLOGÍA E INGENIERÍA
TECNOLOGIA EN REGENCIA DE FARMACIA
CURSO DE PROFUNDIZACION EN FUNDAMENTOS DE SALUD PÚBLICA
MAYO DE 2013

FALTA DE IMPLEMENTACION DE ACTIVIDADES DE PROMOCION,
PREVENCION Y CONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN
DIFERENTES LOCALIDADES DE COLOMBIA: IPIALES, CHINCHINA,
FLORENCIA, PASTO, SANTANDER DE QUILICHAO

MARÍA SOLEIDA COLLAZOS VALENCIA C.C. 24.627.296

MARÍA ELIZABETH RIVERA VILLOTA C.C. 27.145.501

SARA CONCEPCIÓN OLIVA URRESTÍ C.C. 27.400.498

MARÍA EUGENIA DURAN C.C.25.529.528

OLIVA LÓPEZ NARVÁEZ C.C. 25.57.216

Tutora:

NINIS BEATRIZ YANCE

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
ESCUELA DE CIENCIAS BÁSICAS, TECNOLOGÍA E INGENIERÍA
TECNOLOGIA EN REGENCIA DE FARMACIA
CURSO DE PROFUNDIZACION EN FUNDAMENTOS DE SALUD PÚBLICA
MAYO DE 2013

CONTENIDO

	Pág.
1. INTRODUCCION.....	9
2. PROBLEMA.....	10
2.1. FORMULACION DEL PROBLEMA.....	11
3. OBJETIVOS.....	11
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	11
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	11
4. JUSTIFICACIÓN.....	12
5. MARCO DE REFERENCIA.....	13
5.1 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD DE LA HIPERTENSION.....	13
5.2 FUNDAMENTOS TEORICOS.....	14
5.3 ANTECEDENTES DEL TEMA.....	15
5.4 HIPOTESIS.....	17
5.5 IDENTIFICACION DE VARIABLES.....	17
6. METODOLOGIA.....	18
6.1 DISEÑO Y TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS.....	18
6.1.1. Fuentes primarias.....	18
6.1.2. Fuentes secundarias.....	18
6.2 POBLACION Y MUESTRA.....	18
6.3 TECNICAS DE ANALISIS.....	18
6.4 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	19
6.4.1 Recursos Humanos.....	19
6.4.2 Presupuesto.....	19
6.4.3 Cronograma de actividades.....	20
7. RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS Y ANALISIS ESTADISTICO DE LAS VARIABLES.....	21
7.1 INDICE ANALÍTICO.....	29
8. PROPUESTA DE SOLUCIONES.....	30
9. CONCLUSIONES.....	31
10. RECOMENDACIONES.....	33
ANEXOS.....	35
BIBLIOGRAFIA.....	52

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Edades de personas encuestadas	21
Tabla 2. Sexo.....	22
Tabla 3. Hace cuanto sufre de HTA.....	22
Tabla 4. Tiene antecedentes de HTA en su familia.....	23
Tabla 5. Usted es una persona que.....	24
Tabla 6. Que medicamentos está consumiendo para el tratamiento de la HTA.....	25
Tabla 7. Cumple usted con la medicación.....	26
Tabla 8. Ha presentado complicaciones.....	27
Tabla 9. Recibe capacitación sobre la HTA en su entidad.....	27
Tabla 10. Realiza algún tipo de actividad física.....	28

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Edades de personas encuestadas	21
Figura 2. Sexo.....	22
Figura 3. Hace cuanto sufre de HTA.....	23
Figura 4. Tiene antecedentes de HTA en su familia.....	24
Figura 5. Usted es una persona que.....	25
Figura 6. Que medicamentos está consumiendo para el tratamiento de la HTA.....	26
Figura 7. Cumple usted con la medicación.....	26
Figura 8. Ha presentado complicaciones.....	27
Figura 9. Recibe capacitación sobre la HTA en su entidad.....	28
Figura 10. Realiza algún tipo de actividad física.....	28

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Presupuesto.....	19
Cuadro 2. Cronograma de actividades.....	20

RESUMEN

En este trabajo nos propusimos realizar un estudio sobre la ausencia de actividades tendientes a la promoción, prevención y control de una enfermedad crónica, asintomática y de fácil detección, como lo es la Hipertensión Arterial, pero que puede convertirse en grave y mortal si no es tratada a tiempo o, como sucede con la mayoría de las personas encuestadas en la presente investigación, si no se sigue la prescripción médica.

Encuestamos a 100 personas de ambos sexos (51 mujeres y 49 hombres) en Ipiales, Chinchiná, Florencia, Pasto y Santander de Quilichao, con edades que oscilan entre los 20 y los 90 años.

Nuestro trabajo empieza haciendo un recorrido histórico de la enfermedad, sus fundamentos teóricos y los antecedentes del tema. Sigue con el recuento de las estrategias metodológicas utilizadas para la recopilación de la información, luego el análisis de los datos y la interpretación de los resultados que nos condujeron a las conclusiones y recomendaciones finales. La principal conclusión a la que llegamos es que la falta de adherencia terapéutica es la causa más importante por la cual se dificulta alcanzar la prevención de la hipertensión arterial y que lo más pertinente es que el personal de salud busque concientizar a la comunidad, por medio de conferencias, charlas o volantes, sobre los daños irreversibles producidos por esta enfermedad. Nuestro estudio termina relacionando los planes territoriales de salud de las ciudades seleccionadas para llevar a cabo la investigación y la encuesta empleada para la recolección de los datos.

ABSTRACT

In this work, we undertook a study on the lack of activities for the promotion, prevention and control of chronic disease, asymptomatic and easy detection, such as arterial hypertension, but it can become severe and fatal if not treated in time or, as with the majority of respondents in this investigation, if it does not follow the prescription.

We surveyed 100 people of both sexes (51 women and 49 men) in Ipiales, Chinchiná, Florencia, Pasto and Santander de Quilichao, aged between 20 and 90 years.

Our work begins by a historical overview of the disease, its theoretical and background of the subject. Keep the count of the approaches used for the collection of information, then the data analysis and interpretation of the results that led us to the conclusions and recommendations. The main conclusion we draw is that the lack of adherence is the most important which is difficult to achieve the prevention of hypertension and that the most relevant is that health personnel look sensitize the community through conferences, lectures or flyers, on the irreversible damage caused by this disease. Our study ends linking territorial health plans of the cities selected to carry out the research and the survey used to collect data.

1. INTRODUCCION

La morbimortalidad cardiovascular es hoy por hoy la principal preocupación no sólo de los médicos y responsables de la salud pública, sino también de la población general. Posiblemente ello se deba al impacto de diferentes formas de información masiva, que reflejan el propósito que anima a la ciencia médica de convertirse en herramientas útiles para la conservación de la salud y el impresionante cúmulo de nuevos conocimientos que se han logrado alrededor de este tema.

La hipertensión arterial es una enfermedad asintomática y fácil de detectar, sin embargo, cursa con complicaciones graves y letales si no se trata a tiempo. Si bien la hipertensión es un trastorno complejo que tiene un componente genético, su desarrollo puede generarse a causa de otro tipo factores como la mala alimentación, el abuso de alcohol, el tabaco, la falta de ejercicios físicos y la vida sedentaria, entre otros.

La hipertensión puede afectar a la salud de muchas maneras, provocando, por ejemplo, accidente cerebro-vascular, endurecimiento de arterias, agrandamiento del corazón, daños renales y oculares. La relevancia de la hipertensión no reside en sus características como enfermedad, sino en el incremento del riesgo de padecer enfermedades vasculares que confiere, el cual es controlable con el descenso de aquella. Esta constituye junto a la hipercolesterolemia y el tabaquismo, uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de aterosclerosis y, para la aparición de enfermedades cardiovasculares.

2. PROBLEMA

FALTA DE IMPLEMENTACION DE ACTIVIDADES DE PROMOCION, PREVENCION Y CONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN DIFERENTES LOCALIDADES DE COLOMBIA: IPIALES, CHINCHINA, FLORENCIA, PASTO, SANTANDER DE QUILICHAO.

2.1. FORMULACION DEL PROBLEMA

Se observa un alto grado de enfermedades crónicas (hipertensión arterial) dentro de la población con edades cada vez más cortas debido a estilos de vida y hábitos no sanos.

¿Qué factores de riesgo inciden en la aparición y complicación de enfermedades detectables como lo es la hipertensión arterial?

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar los problemas que inciden directamente en la proliferación de enfermedades no detectables, en este caso la hipertensión arterial que afectan a la población de Ipiales, Chichina, Pasto, Florencia, Santander de Quilichao.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

3.2.1. Recopilar y analizar la información obtenida mediante un cuestionario (encuesta) dirigido a pacientes hipertensos en las poblaciones de **Ipiales, Chichina, Florencia, Pasto, Santander de Quilichao.**

3.2.2. Indagar sobre el nivel de responsabilidad en el control y la adherencia al tratamiento farmacológico que presenta la población diagnosticada con este tipo de patologías.

3.2.3. Determinar el nivel de asistencia que presenta la población en estudio, en cuanto a capacitaciones sobre la promoción y prevención de la hipertensión arterial en los centros de salud.

3.2.4. Determinar el impacto que tienen las IPS de primer nivel de estos municipios, en la promoción y prevención de hipertensión.

4. JUSTIFICACIÓN

La hipertensión arterial constituye uno de los problemas de salud crónicos más frecuentes en nuestras poblaciones. Aproximadamente el 20% de la población colombiana padece de hipertensión arterial que se caracteriza por ser asintomática, si no se previene se puede constituir en un factor de riesgo de primer orden para enfermedades cardiovasculares, tales como accidentes cerebro vasculares, infarto del miocardio y angina de pecho. Las enfermedades cardiovasculares se consideran la principal causa de mortalidad a nivel mundial.

A raíz de lo anterior el presente proyecto pretende crear cultura y conciencia dentro de la población sobre el manejo que se le debe dar a la enfermedad desde diferentes directrices; en primera instancia y como modo de prevención y a la vez de control, el auto cuidado mediante estilos de vida saludables (ejercicio, dieta adecuada, no consumo de tabaco y alcohol y control del estrés) en segunda instancia y ya para pacientes diagnosticados con este tipo de patologías esta la adherencia al tratamiento farmacológico, y por último en tercera instancia tenemos el conocimiento que deben tener los pacientes en cuanto a definición, causas, consecuencias y control de la enfermedad.

5. MARCO REFERENCIAL

5.1 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD DE LA HIPERTENSION

Las evidencias documentales realizadas sobre la hipertensión se remontan al 2600 a.C. Indican que el tratamiento de la denominada "enfermedad del pulso duro" se realizaba mediante técnicas como la acupuntura, o las de reducción de sangre corporal como la venesección controlada y el sangrado provocado mediante sanguijuelas. Las bases para la medida de la tensión arterial se establecieron en los trabajos pioneros de Hales en 1733.

La medida de la tensión arterial con carácter clínico no se pudo realizar hasta comienzos del siglo XX, con la invención del esfigmomanómetro. En las primeras décadas de este siglo fue cuando la hipertensión fue considerada como una enfermedad.

Anteriormente era interpretada como una consecuencia del envejecimiento debido en parte a su carácter asintomático en la mayoría de los casos, la comunidad científica creía que la hipertensión era un fenómeno favorable ya que mejoraba la circulación, se pudo comprobar que sus efectos eran nocivos en la población. Los investigadores Edward, David y Freis, demostraron la gravedad de la enfermedad. A raíz de esto la industria farmacéutica comienza a investigar medicamentos para tratar la hipertensión, ya considerada una enfermedad grave.

A mediados del siglo XX se sabía que la restricción dietaria con el objeto de disminuir el peso corporal (si es el caso), junto con la disminución en la ingesta de alcohol y café eran causas de disminución en los niveles diastólicos y sistólicos de la presión arterial.

A pesar de las investigaciones realizadas sobre los mecanismos fisiológicos que provocan la hipertensión, a comienzos del siglo XXI sólo en unos pocos casos se conocen las causas. Se puede controlar los efectos mediante combinaciones de medicamentos, sin embargo las causas de la enfermedad en cada caso clínico, permanece como un misterio.

El seguimiento de la cohorte de Framingham que comenzó en 1948, continúa hasta la fecha evaluando una comunidad a través de los registros médicos, contabiliza la aparición de casos incidentes de hipertensión y enfermedad coronaria y estudia su relación con variables epidemiológicas como edad y género entre otras, con lo cual brinda aportes al conocimiento epidemiológico de la hipertensión.

5.2 FUNDAMENTOS TEORICOS

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de la presión sanguínea en las arterias. Aunque no hay un umbral estricto que permita definir el límite entre el riesgo y la seguridad, de acuerdo con consensos internacionales, una presión sistólica sostenida por encima de 139 mm_{Hg} o una presión diastólica sostenida mayor de 89 mm_{Hg}, están asociadas con un aumento medible del riesgo de aterosclerosis y por lo tanto, se considera como una hipertensión clínicamente significativa.

La hipertensión arterial es la más común de las condiciones que afecta a salud de las personas adultas en todas las poblaciones del mundo. La hipertensión representa un factor de riesgo importante para otras enfermedades principalmente para la cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebro vascular, insuficiencia renal, puede producir afectaciones de la vasculatura periférica y de la retina.

La prevención de la hipertensión arterial es la medida sanitaria más importante y menos costosa. El perfeccionamiento de la prevención y el control de la presión arterial es un desafío para todos los países por la cual se debe constituir en una prioridad para las entidades de salud, la población y el gobierno. La adecuada percepción del riesgo de padecer esta enfermedad obliga a ejecutar una estrategia poblacional con medidas de promoción y educación orientadas a la disminución de la presión arterial media en la población

Prevención Primaria: Tiene como objetivo el control de los factores de riesgo de la propia hipertensión, cuyas actividades principalmente deben instaurarse en todos los pacientes y son: abandono del tabaco, reducción de peso, reducción del consumo de alcohol, ejercicio físico, reducción del consumo de sal y un incremento en el consumo de frutas y verduras.

Prevención Secundaria: Tiene como objetivo la detección temprana y el control de los hipertensos identificados. Así se conseguirá evitar las complicaciones asociadas a un mal control de la hipertensión. Se recomienda la toma de la tensión al menos una vez hasta los 14 años; cada 4 ó 5 años desde los 14 hasta los 40 años, y cada 2 años a partir de los 40 años sin límite de edad.

Prevención terciaria: Su objetivo es reducir la incidencia de eventos clínicos macrovasculares recurrentes. Sus actividades abarcan desde el control de las cifras, como los cambios de hábitos de vida y pasando por el tratamiento farmacológico.

Promoción de la Salud: La promoción de la Salud va dirigida a la eliminación o reducción de los factores de la HTA que son modificables, es decir, son

ambientales o adquiridos para a su vez intentar reducir la posibilidad de aparición de la HTA, promoviendo un estilo de vida totalmente saludable.

Sugerir una actividad física que le guste al paciente, factible de adoptarse como parte de su vida cotidiana, pueden ser caminatas o práctica de algún deporte, de tal manera que logre hacer 30 minutos de actividad, de tres a cinco días a la semana.

Estimular al paciente para que incremente el consumo de frutas y verduras y disminuya o elimine el consumo de alimentos fritos, aderezos cremosos, evitar el exceso de sal.

Si el paciente es hipertenso, es necesario reforzar su apego al medicamento, recordándole que su organismo necesita ayuda para equilibrar cargas de trabajo de su corazón y la presión en los vasos sanguíneos; es muy importante mantener la presión arterial en un nivel adecuado para sentirse bien y activo, igualmente para disminuir riesgos y daños al organismo.

5.3 ANTECEDENTES DEL TEMA

“Los estudios realizados sobre el grado de control de la tensión arterial y las variables que influyen, se han llevado a cabo mayoritariamente en población ambulatoria, sin la estratificación de los pacientes según su RCV global y, desconocemos si sus conclusiones son aplicables a grupos de pacientes con alto RCV atendidos en un ambiente hospitalario, que por su mayor incidencia de acontecimientos vasculares, sería la población que más se beneficiaría de un manejo adecuado. Entre las condiciones implicadas en el control de la TA se encuentran: la falta de cumplimiento del tratamiento, edad avanzada, tratamientos insuficientes, obesidad, efectos secundarios de los fármacos, polimedicación y, otros más diversos (17-21). Aunque, sin duda los más importantes son los derivados de tratamientos inadecuados, se deben conocer otras variables más relacionadas con la enfermedad en sí y, por lo tanto más dependientes de su fisiopatología y, para ello deberíamos estudiar un grupo de pacientes con buen cumplimiento terapéutico. El objetivo de nuestro estudio fue conocer el grado de control de la hipertensión arterial sistólica en pacientes de RCV global elevado y, determinar los factores asociados a su mal control, distintos del incumplimiento terapéutico.

Conclusiones: El control de la TAS en una población de alto RCV con buen cumplimiento terapéutico es difícil de conseguir, más aún en los pacientes

diabéticos. El tiempo de evolución de la hipertensión superior a 5 años y, una PP mayor de 60 mmHg, influyen negativamente en el control de la HTA.”¹ .

“Un estudio de la Universidad de Manizales facultad de ciencias de la salud, concluyó que los valores medios de las cifras de presión arterial diastólica, se encontraron significativamente más elevados en los pacientes con sobrepeso y en los obesos que en los hipertensos con peso normal, lo que indica que a mayor grado de hipertensión hay mayor índice de masa corporal (IMC), es decir se demuestra claramente la relación planteada en este trabajo. Esta investigación corroboró la relación establecida entre hipertensión arterial y obesidad ya demostrada en otros estudios. Los valores de la presión arterial diastólica fueron los que más se elevaron a mayor índice de masa corporal. También se evidenció las falencias de los programas de vigilancia y control de los pacientes hipertensos ya que datos como el perímetro abdominal e IMC no estuvieron registrados en cada consulta; tampoco se está haciendo énfasis en la educación sobre los factores de riesgo para prevenir complicaciones.”²

“Los estudios realizados para valorar el impacto del tratamiento de la hipertensión sobre la incidencia de las enfermedades cardiovasculares han demostrado que se han conseguido reducciones importantes en la incidencia de ictus, pero muy pocas en la incidencia de coronariopatías.

Probablemente hay algunas razones para esta escasa reducción de las enfermedades coronarias; sin embargo, quizá la más importante se debe al hecho de que, en todo el mundo, sólo están controlados adecuadamente menos del 25% de los pacientes hipertensos.

Nuestra respuesta a estas tasas bajas de control durante los últimos cuarenta años se ha centrado en intentos para desarrollar tratamientos antihipertensivos más eficaces. A pesar de que ahora disponemos de más de cien fármacos para el tratamiento de la hipertensión y gastamos más de nueve billones de dólares al año para tratar esta enfermedad, hemos hecho escasos progresos para mejorar las tasas de control. Por tanto, está claro que necesitamos desarrollar métodos alternativos para mejorar el control de la hipertensión y que la variación de nuestros sistemas de tratamiento de la hipertensión sería el factor más importante y necesario para mejorar las tasas de control. Aunque el sistema actual de la atención escalonada recomendado para el tratamiento de la hipertensión parece muy lógico, no consigue el control de la presión arterial (PA) en un gran porcentaje de pacientes.

¹ Control de la tensión arterial sistólica y factores relacionados en pacientes de alto riesgo vascular J. F. Sánchez Muñoz-Torrero, L. Crespo Rincón, M. Chiquero Palomo, C. Doncel Rancel¹, A. Bacaicoa López de Sabando, A. Costo Campoamor

² www.umanizales.edu.co/.../7-tension_arterial_y_obesidad_en_hipertensos.p...

Con un sistema más agresivo para el manejo inicial de la hipertensión, como una terapia combinada con dosis bajas como primera línea de tratamiento, es probable que se consiga un mejor control de la PA. El tratamiento combinado con dosis bajas tiene mayor eficacia, consigue tasas más altas de respuesta y menos efectos secundarios que la monoterapia con dosis altas. Por tanto, puede dar soluciones a muchos de los problemas que contribuyen al escaso control de la PA. El objetivo de este artículo es demostrar las ventajas del tratamiento combinado como primera línea de tratamiento para más del 50% de los pacientes hipertensos³.

5.4 HIPOTESIS

"Estudio de la evolución de la hipertensión arterial en personas mayores de edad tanto en hombres como mujeres en distintas localidades de Colombia (Ipiales, Chichina, Pasto, Florencia, Santander de Quilichao)".

5.5 IDENTIFICACION DE VARIABLES

5.5.1 Edad y sexo.

5.5.2 Tipo de patología (hipertensión arterial)

5.5.3 Antecedentes de la enfermedad.

5.5.4 Respuesta al manejo de antihipertensivos.

³ Los estudios realizados sobre el grado de control de la tensión arterial y las variables que influyen, se han llevado a cabo mayoritariamente en población de JF Sánchez Muñoz-Torrero - 2006 - Citado por 1 - Artículos relacionados

6. METODOLOGIA

6.1 DISEÑO Y TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

6.1.1 Fuentes primarias

Encuestas: (Trabajo de campo con usuarios) En este proyecto de investigación se aplicó este tipo de técnica de información primaria en la recolección de datos sobre la promoción, prevención y control de la hipertensión arterial en las cinco localidades de estudio. Ipiales, Chichina, Pasto, Florencia, Santander de Quilichao.

Por ser una técnica de investigación en la cual se utilizan preguntas de tipo cerrada destinados a un grupo de personas, con el fin de dar claridad a una incógnita o situación en especial, las preguntas deben ser idénticas para todas las personas encuestadas. A través de la encuesta se recolectan datos cuantitativos acerca del problema que permiten ser analizados cualitativamente, fácil y en la mayoría de casos aceptada.

6.1.2 Fuentes secundarias: Las fuentes secundarias utilizadas en la realización de este proyecto fueron herramientas bibliográficas y cibergraficas como: libros de consulta e internet. La investigación se realizó bajo la base metodológica empírico analítico de tipo observacional, y fue un estudio descriptivo.

6.2 POBLACION Y MUESTRA

Población: La población analizada en el proyecto corresponde a la comunidad de cinco localidades de Colombia, identificadas como Ipiales, Chichina, Pasto, Florencia, Santander de Quilichao.

Muestra: La muestra utilizada para la toma de encuestas corresponde a 100 personas hipertensas adultas de ambos sexos entre los municipios identificados.

6.3 TECNICAS DE ANALISIS

Mediante tablas observaremos los datos tabulados de la encuesta realizada en los municipios de Ipiales, Chichina, Pasto, Florencia, Santander de Quilichao. La realizamos con personas adultas mayores a 20 años para analizar si padecían de esta enfermedad silenciosa en edad avanzada y nos sirve para prevenir en un futuro a las personas jóvenes la HTA.

6.4 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

6.4.1 Recursos Humanos: El personal que presta sus servicios y que se relacionan con el proyecto son:

- Médicos de las distintas partes donde se recolectó la información.
- Médico del programa de HTA.
- Nutricionista.
- Enfermera jefe del hospital.
- Auxiliares de enfermería.
- Estudiantes de la Unad.

6.4.2 Presupuesto

Cuadro 1. Presupuesto

Materiales a utilizar	Cantidad	Valor unitario	Valor total
Computador	1	\$1.200.000.00	\$1.200.000.00
Servicio de internet	1	50.000.00	50.000.00
Tinta para impresión	1	70.000.00	70.000.00
Encuestadores	5	20.000.00	100.000.00
Resma de papel	1	12.500.00	12.500.00
Otros gastos	1	10.000.00	10.000.00
Total			\$1.442.500.00

6.4.3 Cronograma de actividades

Cuadro 2. Cronograma de actividades

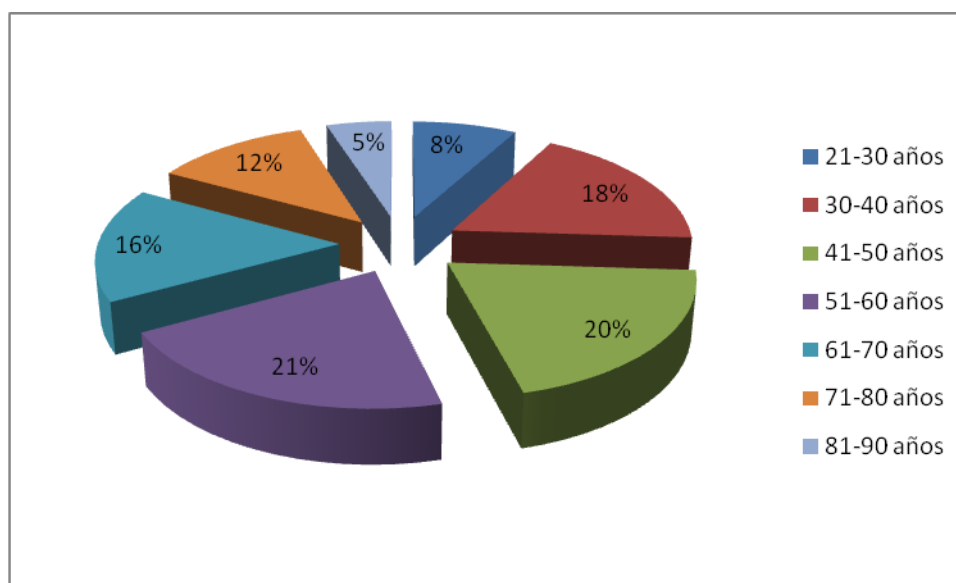
ACTIVIDAD	CRONOGRAMA											
TIEMPO DE MES	ABRIL								MAYO			
TIEMPO DE SEMANA	1	2	3	4	1	2	3					
Planteamiento del problema	■											
Asesoría		■										
Marco referencial		■	■									
Metodología de la investigación			■	■								
Recopilación de información					■	■						
Salida de campo							■	■				
capacitación								■				
Análisis de la información										■		
Presentación											■	

7. RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS Y ANALISIS ESTADISTICO DE LAS VARIABLES

Tabla 1. Edades de personas encuestadas.

CLASE	FRECUENCIA	TOTAL
21-30 años	8	8
31-40 años	18	18
41-50 años	20	20
51-60 años	21	21
61-70 años	16	16
71-80 años	12	12
81-90 años	5	5
		100

Figura 1. Edades de personas encuestadas

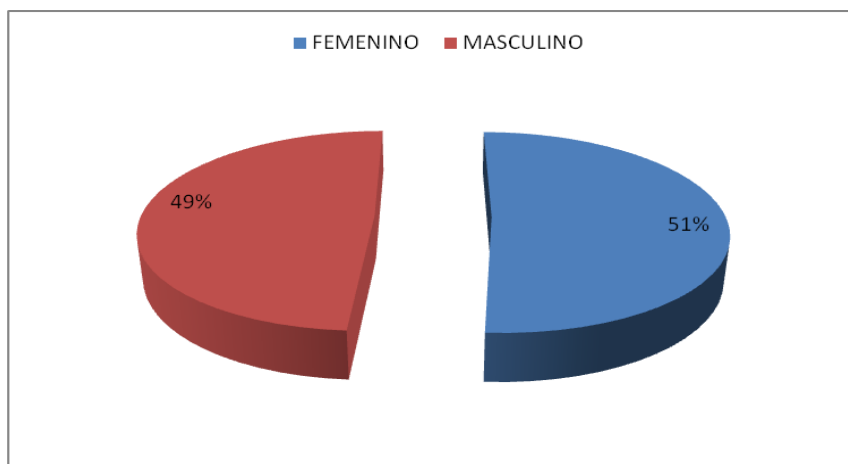


De los 100 encuestados hipertensos el 21% corresponden a edades entre 51 a 60 años, también se observa un dato importante de personas jóvenes que tienen hipertensión, siendo raros estos casos, con un 18% de la población encuestada.

Tabla 2. Sexo

FEMENINO	MASCULINO
51	49

Figura 2. Sexo

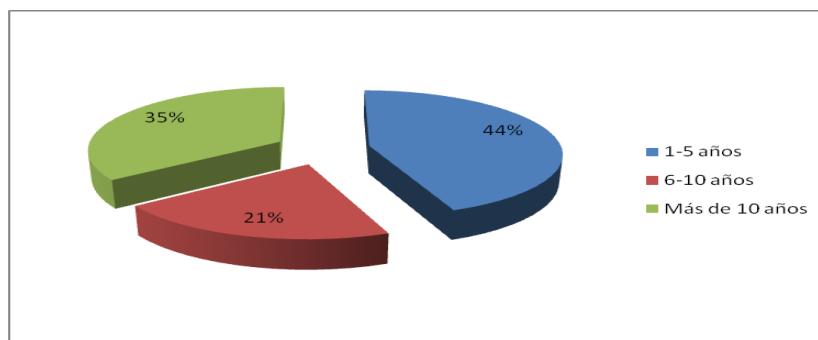


La hipertensión afecta tanto a personas del género masculino representado con 51% y el femenino con el 49%.

Tabla 3. Hace cuanto sufre de HTA

CLASE	FRECUENCIA
1 a 5 años	44
6 a 10 años	21
>10 años	35
TOTAL	100

Figura 3. Hace cuanto sufre de HTA

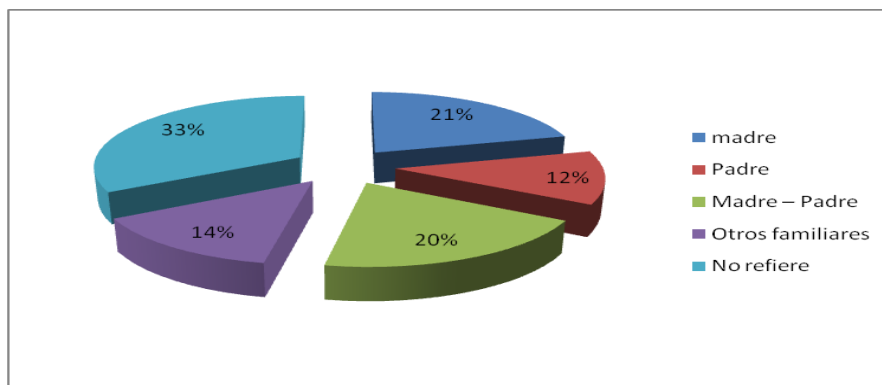


El 44% de la población encuestada tiene la enfermedad entre el rango de 1 a 5 años, el 35% más de 10 años y el 21% de 6 a 10 años.

Tabla 4. Tiene antecedentes de HTA en su familia.

CLASE	FRECUENCIA
madre	21
Padre	12
Madre – Padre	20
Otros familiares	14
No refiere	33

Figura 4. Tiene antecedentes de HTA en su familia

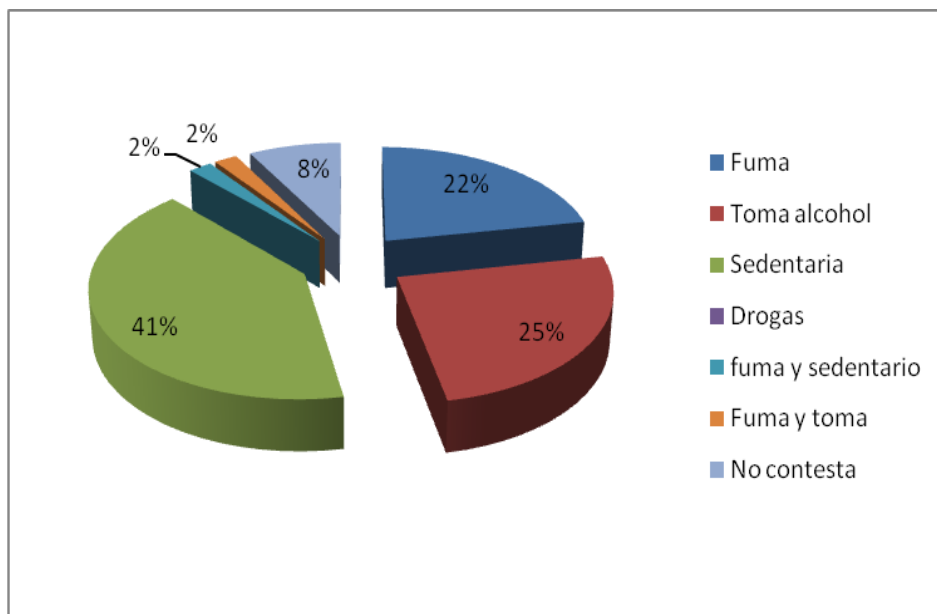


El 67% de la población encuestada presenta antecedentes familiares de hipertensión, y el 33% no saben cuál es la causa que la generó.

Tabla 5. Usted es una persona que:

CLASE	FRECUENCIA
Fuma	22
Toma alcohol	25
Sedentaria	41
Drogas	
fuma y sedentario	2
Fuma y toma	2
No contesta	8

Figura 5. Usted es una persona que:

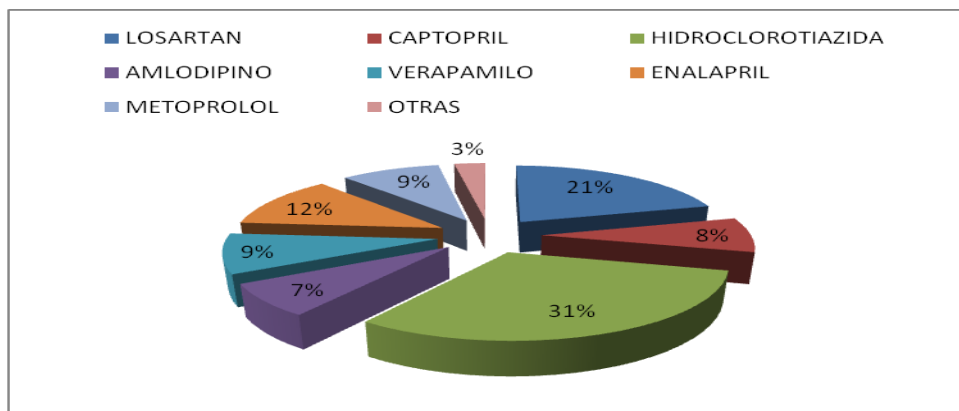


Esta grafica nos muestra que la población encuestada tiene problemas de sedentarismo, consumo de cigarrillo y alcohol, el cual se consideran factores de riesgo para su salud.

Tabla 6. Que medicamentos está consumiendo para el tratamiento de la HTA.

CLASE	FRECUENCIA
LOSARTAN	37
CAPTOPRIL	14
HIDROCLOROTIAZIDA	55
AMLODIPINO	13
VERAPAMILO	16
ENALAPRIL	21
METOPROLOL	16
OTRAS	5

Figura 6. Que medicamentos está consumiendo para el tratamiento de la HTA

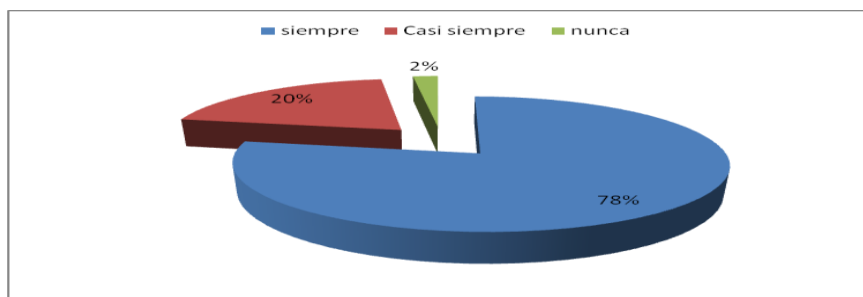


La población encuestada tiene control de la hipertensión con medicamentos de acuerdo al diagnostico del profesional de la salud para cada caso.

Tabla 7. Cumple usted con la medicación.

CLASE	FRECUENCIA
siempre	78
Casi siempre	20
nunca	2

Figura 7. Cumple usted con la medicación

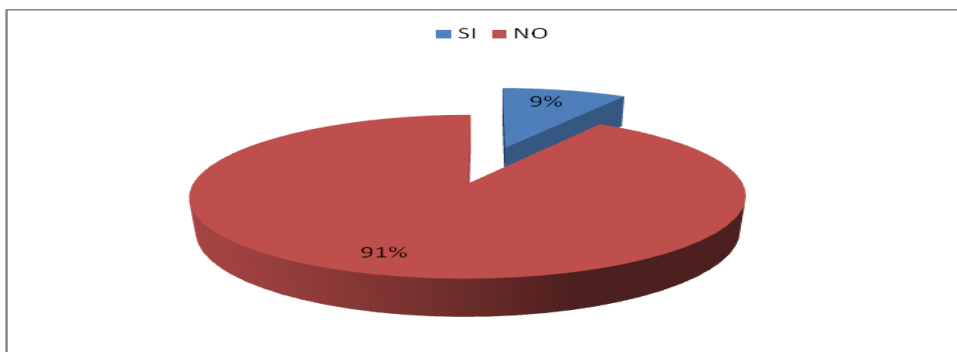


El 78% de la población encuestada cumple con la medicación prescrita por el profesional de la salud.

Tabla 8. Ha presentado complicaciones

CLASE	FRECUENCIA
SI	9
NO	91

Figura 8. Ha presentado complicaciones

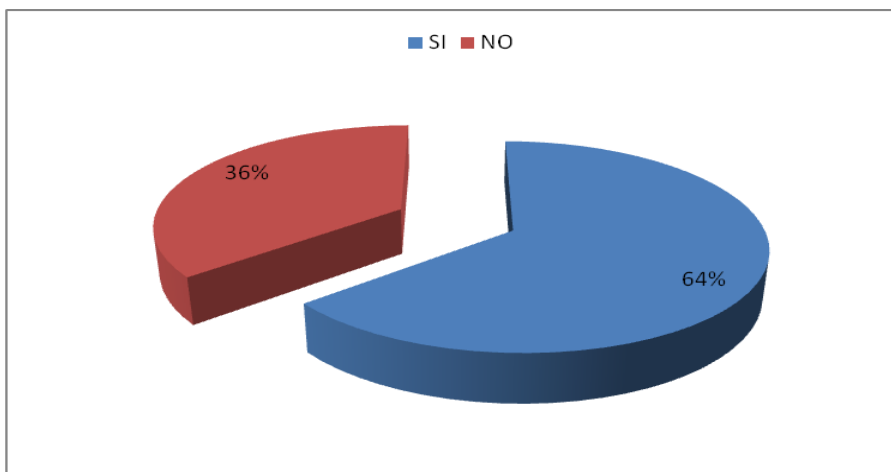


El 91% de los encuestados no presenta complicaciones.

Tabla 9. Recibe capacitación sobre la HTA en su entidad

CLASE	FRECUENCIA
SI	64
NO	36

Figura 9. Recibe capacitación sobre la HTA en su entidad

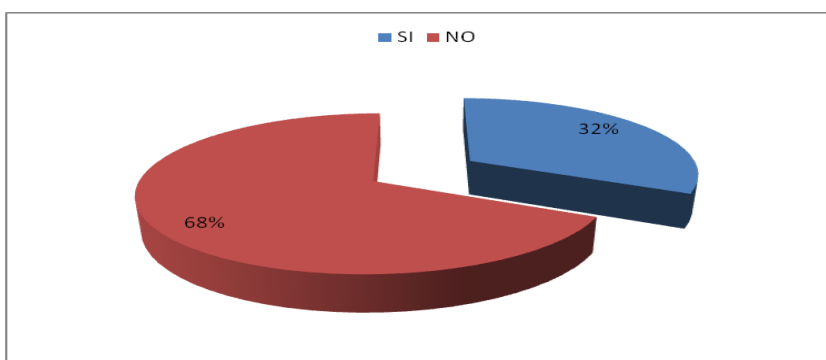


El 64% de la población encuestada recibe capacitación de la entidad de salud que los atiende en todo lo relacionado con la hipertensión.

Tabla 10. Realiza algún tipo de actividad física

CLASE	FRECUENCIA
SI	32
NO	68

Figura 10. Realiza algún tipo de actividad física.



El sedentarismo es considerado un factor de riesgo para las personas hipertensas, según la grafica el 68% de los encuestados no realizan actividad física, esto no contribuye a mejorar su salud.

7.1 INDICE ANALITICO TENTATIVO DEL PROYECTO

Después de haber realizado la encuesta observamos que hay personas hipertensas que son muy conscientes de su condición de salud y han asumido las cosas con mucha madurez por lo cual han cambiado su nivel de vida y están realizando controles que les permiten ver una gran mejoría con respecto a la enfermedad que tiene, nosotros como estudiantes lo que queremos es que las personas hipertensas sigan con sus tratamientos y que las personas jóvenes tomemos conciencia con la alimentación y la vida sedentaria que tengamos para en un futuro no suframos de estas enfermedades silenciosas. Además esto no consiste solamente en tomarse el medicamento cuando sienten el dolor si no en llevar un control diario para poder controlarlas.

8. PROPUESTA DE SOLUCIONES

- Es conveniente la participación activa de las entidades de salud para liderar campañas donde se promueva la prevención de esta enfermedad con el cambio de estilo de vida a través de alimentación saludable, combatir el sedentarismo, esto genera bienestar para nuestro organismo.
- Cuando ya se tiene diagnosticada la enfermedad se recomienda intervenir sobre los factores de riesgo identificados, como el consumo de cigarrillo, alcohol, ingesta de sal, sedentarismo e incumplimiento de tratamiento con medicamentos.
- Las entidades prestadoras de servicio de salud deben implementar programas y diseñar estrategias orientadas al control y prevención de la hipertensión ya que esta enfermedad se considera factor de riesgo para otras enfermedades.

9. CONCLUSIONES

- La falta de adherencia terapéutica es un problema de gran trascendencia en los adultos mayores hipertensos y poli medicados, que debe ser abordado tanto desde el punto de vista preventivo como de intervención, una vez diagnosticada la enfermedad. Concluyendo: la hipertensión arterial es una de la prioridades de salud en el país, y una de las acciones para lograr su prevención es el fortalecimiento de la adherencia al tratamiento, nos podemos preguntar: ¿Qué podemos hacer desde nuestra perspectiva profesional como Regentes de Farmacia?
- Es importante recalcar que uno de los principales hallazgos en esta investigación está relacionado con la escasa adherencia terapéutica, casi el 50% de los adultos mayores bajo tratamiento farmacológico anti hipertensión se consideran no adherentes según lo expuesto por el Test, conjuntamente esto se asocia a un importante número de adultos que no poseen cifras de control de la presión arterial.
- Es importante mencionar que existen más variables que se han demostrado afectan a este fenómeno, con lo que se forman múltiples dimensiones, ya desde un plano personal como también cultural y técnico, que no se evaluaron por la complejidad e irrelevante elaboración que esta tendría.
- Es de resaltar que a raíz de los datos revelados por este estudio se desprende necesariamente una valorización de este fenómeno en la actualidad, del como incide la adherencia terapéutica en múltiples aspectos psicosociales en los adultos mayores hipertensos y como estos también la afectan, en un proceso de retroalimentación negativa, que por ser un proceso continuo, variable e individual, no se puede realizar un perfil del adherente, sino más bien, un perfil del profesional de la salud y sus familiares el cual desarrolle herramientas propias para poder afrontar esta problemática.
- La pluralidad de abordaje es amplia, y requiere que los profesionales en diferentes ramas de la salud que inserten en una metodología más participativa entre las diferentes profesiones, como lo que ocurre con la orientación de la salud familiar, que se está implementando principalmente en el sector primario de atención de nuestro país.
- La HTA (Hipertensión Arterial) es una enfermedad silenciosa y de alto riesgo que no discrimina edad, sexo, clase social, credo religioso, partido político por tal razón es considerada hoy en día como un **PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA**.

- El tratamiento de la HTA es complejo y debe hacerse de acuerdo a los parámetros establecidos para esta patología y con los medicamentos más acordes a cada paciente y estilo y forma de vida y no a la que establezca personal no capacitado llámese el mismo paciente, amigo, tigua, dependiente con otros métodos diferentes a los que son menos con cualquier planta o medicina mal llamada para mis pocos conocimientos natural, ya que en la gran mayoría de los casos cuando se hace la enfermedad critica y acuden al galeno especialista y no tienen como ayudar a estos pacientes por qué no hay nada que hacer.
- La utilización de estas encuestas y las respuestas dependen del sitio donde se realizan como: la ciudad o pueblo, el establecimiento (Público, Privado), estrato del paciente debido a la capacidad económica que maneja, conocimiento de la existencia de una medicina alopática y homeopática bien practicada por parte de una persona capacitada para dar un tratamiento acorde a las necesidades del paciente y no de charlatanes que surgen en muchas ocasiones.
- Podemos determinar que existe una necesidad urgente de control de esta patología a fin de disminuir la incidencia y la prevalencia que presenta y que se logran a partir de la Atención Medica Primaria, actuando sobre todos los niveles de complejidad.
- Del total de 100 encuestados, 20 en cada región de las 5 zonas, aunque es una muestra pequeña con relación a la población de un barrio, departamento o municipio, se pudo determinar que al menos dos personas encuestadas se presento como un nuevo caso de hipertensión arterial y de los hipertensos diagnosticados por el profesional de la salud, la mayoría tienen conocimiento de su enfermedad y muchos de ellos siguen un tratamiento. Estos últimos datos comprenden a la realidad actual, dado que las encuestas fueron realizadas en zonas que presenta un nivel económico y cultural que satisfacen las necesidades básicas mínimas.
- El personal de salud debe aunar esfuerzos para concientizar a la comunidad sobre los daños irreversibles que puede causar la hipertensión arterial a través de charlas educativas.

10. RECOMENDACIONES

- Escoger una actividad física que usted disfrute y que sea fácil y segura de hacer, caminar es una buena opción. Comience la rutina de ejercicios lentamente y aumente progresivamente la duración de la actividad física.
- Beber cantidades adicionales de agua antes, durante y después de realizar ejercicios.
- Reducir el consumo de grasas saturadas y colesterol como factor de prevención cardiovascular:
- Consumir carnes magras, aumentar el consumo de pescado fresco.
- Aliñar los platos con aceites vegetales (oliva, girasol) mejor que con mantequilla o margarina, añadiéndolos a los alimentos después de cocinados para evitar exceso de grasa y colesterol.
- El efecto del café en la tensión arterial es escaso y de breve duración por eso no es preciso suprimirlo, aunque se recomienda tomarlo con moderación.
- Es importante tomar cantidades adecuadas de calcio. El calcio necesario lo aportan diariamente: 2 vasos de leche ó 1 vaso de leche más 2 yogures, o en su lugar 60 gramos de queso bajo en sodio.
- Elegir del menú ensaladas, aves o pescados a la parrilla en lugar de fritos o guisos.
- El mejor método de preparar los alimentos es el cocinado sin sal añadida. Evitar las excesivamente grasas como guisos, estofados, frituras, empanados y rebozados. Preferir las carnes y pescados a la planchas, parrillas, asados (horno, papillote), microondas, hervidos o cocidos, al vapor.
- En personas hipertensas obesas una dieta hipocalórica bajo control de un especialista ayuda a normalizar la tensión.
- El exceso de alcohol aumenta la presión arterial, por tanto, se debe moderar su consumo así como el tabaco ya que estos son considerados factores de riesgo añadido ante enfermedades cardiovasculares.
- El estrés mantenido produce elevaciones de la tensión arterial, por tanto es necesario aprender a relajarse y a llevar un ritmo de vida más saludable.

- Continuar el desarrollo de esta línea de investigación dirigida a perfeccionar y validar el instrumento de evaluación de la incidencia de los productos naturales en el tratamiento de la hipertensión arterial.
- Establecer vínculos con diferentes instancias administrativas y asesoras del Sistema Nacional de Salud con el fin de apoyar el desarrollo de acciones dirigidas a mejorar la adherencia al tratamiento en hipertensión arterial en adultos mayores, sobre la base de los resultados de la investigación.

ANEXOS

ANEXO A. PLAN TERRITORIAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE FLORENCIA, CAQUETA. AÑOS 2008-2011

El Plan de Salud Territorial se rige en lo pertinente, en materia de principios, procedimientos y mecanismos de elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control por la ley orgánica del Plan de Desarrollo (Ley 152 de 1994) así mismo se rige por lo establecido en las leyes 715 de 2001, 1122 y 1151 de 2007 y las demás normas que las modifiquen, adicionen y sustituyan.

El plan de salud territorial del Municipio de Florencia tiene como propósito en concordancia con el Plan Nacional de Salud Pública: Mejorar el estado de salud de la población Florenciana, evitar la progresión y desenlaces adversos de la enfermedad en la población, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica, disminuir las inequidades en salud de la población. Para ello se articula el enfoque poblacional, enfoque de determinantes y enfoque de gestión social del riesgo.

También acoge los principios del Plan Nacional de Salud Pública: Universalidad, equidad, calidad, eficiencia, responsabilidad, respeto por la diversidad cultural y étnica, participación social, intersectorialidad. Así como las líneas de la política en salud como son Promoción de la salud y la calidad de vida, prevención de los riesgos, recuperación y superación de los daños, vigilancia en salud y gestión del conocimiento, gestión integral para el desarrollo operativo e integral del Plan Nacional de Salud Pública.

MARCO LEGAL: La secretaria de salud municipal teniendo en cuenta lo establecido en las Leyes 10 de 1990, 100 de 1993, Ley 152 de 1994, 715 de 2001, 691 de 2006 y 1122 de 2007, en el decreto 3039 del 10 de agosto de 2007 y la resolución 425 del 11 de febrero de 2008, el decreto 028 de 2008; en las que se define las competencias de las entidades nacionales, las entidades adscritas al Ministerio de la Protección Social, las direcciones territoriales de salud, las Entidades Promotoras de Salud, EPS, entidades de los regímenes especiales y de excepción, las Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, los Prestadores de Servicios de Salud, IPS, los resguardos indígenas, y la sociedad civil en General, adoptar las políticas, prioridades, objetivos, metas y estrategias del Plan Nacional de Salud Pública.

El Municipio de Florencia en cabeza de la Alcaldesa Municipal como autoridad sanitaria local, formula el Plan de Salud Territorial el cual comprende acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud, POS, del régimen contributivo y del régimen subsidiado y el de riesgos profesionales.

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD DEL MUNICIPIO DE FLORENCIA.

Descripción geográfica: El Municipio de Florencia está localizado en el Departamento del Caquetá, a los 1°37'03" de latitud norte y 75°37'03" de longitud oeste y a una altura de 266 metros sobre el nivel del mar. Su extensión es de 2262 Km² equivalente a 229.200 has., y con relación al resto del país ocupa el 0,2% aproximadamente. El territorio Municipal lo conforman tres conjuntos fisiográficos: Vertientes, Piedemonte y Llanura Amazónica, presenta los pisos térmicos cálidos, medio y frío.

El perímetro urbano ocupa actualmente un área superior a 1456 has., sus habitantes son aproximadamente 159.046, población organizada por cuatro comunas (167 barrios) y siete corregimientos (148 veredas). La conformación del casco urbano está determinada principalmente por los cursos del río Hacha y las quebradas La Perdiz, La Sardina y El Dedo.

Florencia es la puerta de entrada a la Amazonia, se encuentra ubicada entre la cordillera oriental y la amazonia, su ubicación urbana se encuentra en la confluencia de aguas del piedemonte en el río Orteguaza. A la vez que esto le concede preeminencia por la abundancia de agua natural también se convierte en una amenaza permanente de riesgo por inundaciones.

Sobre su desarrollo penden amenazas sociopolíticas como el desplazamiento forzado que tiende a incrementarse en la medida en que se concentren las acciones ofensivas de la política de seguridad democrática.

La gente que habita en los asentamientos humanos diversos es producto de una diversidad cultural de etnias indígenas ancestrales, andinas, de los litorales y los llanos orientales, se encuentra en un proceso de formación de identidad propia. Florencia representa el mayor enclave de colonización e intervención amazónica en Colombia (POT).

Los territorios indígenas, se encuentran organizados en resguardos conformados por una comunidad a fin con título de propiedad comunitaria, posesión de territorio y gobernada por cabildos tradicionales.

PRINCIPALES RIESGOS DEL MUNICIPIO DE FLORENCIA

Riesgos físicos: están las inundaciones, deslizamientos, accidentes de tránsito peatonal, zonas de ahogamiento, zonas de incendio, fallas geológicas.

Riesgos biológicos y ambientales: Contaminación de aguas, focos de basura, cementerio, invasiones.

Riesgos sociales: Lesiones de causa externa.

INFRAESTRUCTURA Y RECURSO HUMANO

El municipio de Florencia cuenta con una red para la prestación de servicio de salud en todo el territorio conformada por el Hospital María Inmaculada (de segundo nivel), Hospital Comunal Malvinas (de primer nivel), Centro de salud Pueblo Nuevo, Puesto de salud urbano en Nueva Colombia y 14 puestos de salud ubicados en diferentes zonas del área rural. Cuenta con 5 EPS y 14 IPS para la prestación del servicio del régimen contributivo, con una población afiliada de 47.527, y con empresas promotoras de salud del Régimen subsidiado con 59,211 afiliados.

SITUACION EPIDEMIOLOGICA: Se han presentado casos con enfermedades de notificación obligatoria al SIVIGILA.

ENFERMEDADES	No.	ENFERMEDADES	No.
Accidente ofídico	9	Malaria vivax	21
Chagas	1	Menor y mujer maltratados	6
Dengue clásico	245	Mortalidad materna	2
Dengue hemorrágico	113	Mortalidad perinatal	34
Exposición rábica	90	Parotiditis	8
Fiebre tifoidea y paratifoidea	8	Sífilis congénita	8
Hepatitis A	23	Sífilis gestacional	61
Hepatitis B	1	Tuberculosis extra pulmonar	4
Hepatitis C	1	Tuberculosis pulmonar	76
Intoxicación con plaguicidas	35	Varicela	165
Intoxicación por fármacos	15	VIH/sida	18
Intoxicación con otro químicos	12	Eda	10.674
Leishmaniasis cutánea	79	Ira	16.095
Malaria falciparum	4	Etas	21

(Fuente: SIVIGILA 2006 IDESAC).

ANALISIS SITUACIONAL POR EJES PROGRAMÁTICOS.

El Plan propone mejorar las condiciones de salud a través de seis ejes programáticos:

1. Eje de aseguramiento.
2. Eje de Salud Pública.
3. Eje de prestación de servicios
4. Eje de promoción social
5. Eje de riesgos profesionales
6. Eje de emergencias y desastres.

ANEXO B. PLAN TERRITORIAL DE SALUD MUNICIPIO DE CHINCHINA, CALDAS

Dando cumplimiento a la Ley 1122 y especialmente a su artículo 2º reglamentado parcialmente por el Decreto 3039 de agosto de 2007, por medio del cual se aprueba el Plan Nacional de Salud Pública para el periodo 2007-2010, el municipio de Chinchiná por intermedio de la Dirección Territorial de Salud de Caldas adopta y ajusta el Plan Nacional de Salud Pública que a partir de la fecha se denominará Plan Municipal de Salud Pública 2007-2010, elaborado con la participación de todos los actores que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud, además con amplia participación de la comunidad, que le sirve de indispensable aval al presente documento. Dando cumplimiento a la Ley 1122 deberá ser presentado al Consejo Territorial de Salud y posteriormente al Consejo Municipal, para que sea incluido como parte integral del Plan de Desarrollo que presentará la nueva administración municipal en el año 2008.

ALCANCE: En desarrollo de las competencias desarrolladas en la Constitución Política, la Ley 9ª de 1979, Ley 10 de 1990, Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001, Ley 1122 de 2007 y Decreto 3039 de 2007, el Plan Territorial de Salud Pública a cargo de las Direcciones Territorial de Salud, comprenderá las acciones del Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas y las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud POS del régimen contributivo y del Régimen Subsidiado y de riesgos profesionales. El presente plan se formula en coherencia con el perfil epidemiológico de municipio de Chinchiná. Además se adoptará el sistema de resultados para realizar los correctivos pertinentes que para el efecto determine el Ministerio de la Protección Social. Los municipios pertenecientes al Departamento de Caldas, con la asesoría de los funcionarios de la Dirección Territorial de Salud, deberán elaborar sus respectivos planes locales de salud pública, en concordancia con las directrices que para el efecto expida la Dirección Territorial de Salud, a su vez deberán ser incluidos en los planes de desarrollo locales para ser aprobados por el Consejo Territorial de Salud y el Concejo Municipal.

PROPOSITOS DEL PLAN MUNICIPAL DE SALUD.

- Mejorar el estado de salud de la población del municipio de Chinchiná.
- Evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad.
- Enfrentar los retos del envejecimiento de nuestra población y la transición demográfica.
- Disminuir la inequidades en salud pública de la población del Municipio.

SITUACION DE SALUD El Municipio Chinchiná cuenta con una fortaleza adicional, la cual es la estrategia del profesional de Vigilancia en salud pública, lo que nos ha permitido contar con perfiles epidemiológicos semestrales por los 27 municipios del Departamento de Caldas. El análisis de estos perfiles incluye la

aproximación sucesiva a la realidad por medio de la caracterización epidemiológica de los problemas prioritarios de salud de cada grupo poblacional, y los factores asociados a la ocurrencia de dichos problemas. Se está haciendo especial énfasis en la transición demográfica y en la transición epidemiológica que presenta el municipio de Chinchiná. Los indicadores del milenio y los indicadores de infancia y adolescencia hacen parte integral del diagnóstico de la situación de salud en nuestro territorio, cada semestre se actualizan estos indicadores en los 27 municipios. La decisión administrativa ha sido trabajada con los datos del censo 2005 conciliado, y para los denominadores del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI, se tienen los nacidos vivos teniendo como fuente el DANE.

Demografía y salud El municipio de Chinchiná en los últimos 6 años ha mostrado grandes cambios en la dinámica del crecimiento poblacional, la tasa de fecundidad general ha descendido progresivamente pasando de 7.4 hijos por cada 100 mujeres capaces de procrear para el año 1999 a 5.6 hijos para el 2006, asimismo la natalidad presenta descensos en los últimos 4 años.

Indicadores demográficos, proyección año 2007 - N° (113.69) nacimientos masculinos por cada 100 nacimientos femeninos. La proporción de la población del municipio de Chinchiná es madura, según el Índice de Friz, La población en el municipio de Chinchiná es de carácter progresivo según el índice de Sundbarg porque representa los grupos de de 0-14 años y mayores de 50 ya que el porcentaje de los menores de 15 superan el de los mayores de 50, La población del municipio es aproximadamente madura según el índice de Burgdofer, ya los porcentajes de población en los grupos de 5-14 años y de 45- 64 años, son aproximadamente iguales, en el municipio de Chinchiná los mayores de 65 años son el 28.8% de la población; el 56.58 % de la población vieja dependen de la población más joven de la pirámide.

El grado de envejecimiento de la población activa es de 66.388, Como no esta tan bajo la estructura de la población laboral es de edad madura, el 30.19% de la población está a punto de salir de la edad activa y depender de Alguien, el 34.86 de las mujeres tienen al menos un hijo en edad preescolar; hay 414 personas de 35-64 por cada anciano de 65 y más años.

ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES las enfermedades crónicas no trasmisibles y algunos factores de riesgo asociados con estilos de vida, ocupan el primer puesto entre las principales causa de enfermedad y muerte de nuestra población del Municipio, teniendo en cuenta que las causas por agresiones ocupan el primer lugar en la mortalidad. Dentro de la estructura de causas de mortalidad en la población general, sin tener en cuenta los homicidios, los primeros lugares corresponden a enfermedad isquémica del corazón, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, enfermedades.

ANEXO C. PLAN TERRITORIAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE PASTO

OBJETIVO DEL PLAN DE SALUD: es mejorar el estado de salud de los habitantes del municipio de Pasto, teniendo en cuenta las prioridades, objetivos, metas, estrategias y políticas nacionales, y propender por evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica y disminuir las inequidades en salud de la población. Se fundamenta en políticas y directrices establecidas por el gobierno nacional en el Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014: Ley 1450 de Junio de 2011 y el Plan Nacional de Salud Pública: Decreto 3039 de 2007.

Teniendo en cuenta esto el señor alcalde se realiza varios compromisos para cumplir el plan de salud y para ello también se tiene en cuenta de los lineamientos como: promoción de la salud y la calidad de vida, prevención de los riesgos, recuperación y superación de los daños en la salud, vigilancia en salud y gestión del conocimiento, y gestión integral para el desarrollo adecuado del plan territorial de salud.

El Municipio de Pasto, capital del Departamento de Nariño, se encuentra ubicado al sur de Colombia, tiene una extensión de 1.181 Kms.2 del cual el área urbana es de 26,4 Km2., una población de 423.217 habitantes según el censo realizado por el DANE en el año 2005, de los cuales el 81.64% habita en las 12 comunas que constituyen la ciudad de San Juan de Pasto y el 18.36% en los 17 corregimientos: Buesaquillo, Cabrera, Catambuco, El Encano, El Socorro, Genoy, Gualmatán, Jamondino, Jongovito, La Caldera, La Laguna, Mapachico, Mocondino, Morasurco, Obonuco, San Fernando y Santa Bárbara.

El aspecto socioeconómico de la población el 85% de la población ha logrado tener servicios de educación y salud y saneamiento básico, pero la población desplazada aumenta a diario en Nariño. Con relación a la mortalidad en el Municipio de Pasto, la tasa bruta de mortalidad persiste con la tendencia a disminuir, es posible que el mejoramiento en las condiciones de vida, (NBI) el mejoramiento en la prestación de servicios de salud, haya contribuya a mantener esta tendencia. Existe buena atención en salud para la niñez con campañas de prevención en salud.

Vigilancia Epidemiológica **Parálisis Flácida Aguda.** Se realiza vigilancia de Parálisis Flácida Aguda (PFA) a todo menor de 15 años. **Sarampión** en Colombia, la enfermedad se ha presentado en el pasado tanto en forma endémica como en brotes epidémicos **Rubéola.** Los niños y niñas menores de cinco años son el grupo más afectado por la enfermedad, seguido por adolescentes y adultos jóvenes entre 17 y 24 años de edad. **Tosferina.** En el Municipio de Pasto en total al Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA, ingresaron 110 casos sospechosos de Tosferina en el periodo 2008-2011, de los cuales 6 fueron

positivos. **Parotiditis** La incidencia de parotiditis en el Municipio Pasto en la población general hasta la semana epidemiológica 52 del 2010 es de 45 casos por cada 100.000 habitantes en la población general, superando la incidencia del 2011 que fue de 33 casos por 100.000 habitantes **Tuberculosis** la incidencia es muy baja a este contagio en niños y adultos. Con relación a los niños se realiza un control de peso para detectar alteraciones en el crecimiento de los niños

NUTRICIÓN en relación a la prioridad de Nutrición es importante tener en cuenta que el objetivo del sistema de vigilancia nutricional es realizar el seguimiento continuo y sistemático del estado nutricional en la población menor de 12 años, mediante el proceso de notificación, recolección y análisis de los datos, con el fin de generar información oportuna, válida y confiable que permita orientar las medidas de prevención y control de salud pública que contribuyan a su reducción

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA las mujeres en edad fértil presentan una tendencia a la baja en el último año, es notable la prevención en salud sexual y reproductiva en adolescentes y la información de enfermedades de transmisión sexual mas específicamente el VIH sida.

SALUD MENTAL La Salud Mental de la infancia y la adolescencia es una preocupación primordial en el desarrollo de programas de prevención e intervención en todo el mundo. La OMS celebró el 10 de Octubre de 2003 el Día Mundial de la Salud Mental, dedicado a los niños y adolescentes, buscando concentrar la atención mundial en la identificación, tratamiento y prevención de los trastornos emocionales y de conducta que puede presentar alrededor del 20% de la población mundial entre 0 y 17 años. Cabe anotar que índice de suicidios es bastante alto

MALTRATO INFANTIL: la tasa del maltrato va en aumento, tanto en niños como en niñas, acompañado por el abuso sexual a menores, por otra parte la tasa de abandono a menor va en aumento sobre todo las edades de 15 a 18 años

ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES las enfermedades más frecuentes y las de mortalidad Isquémica del corazón 43,7%, Cerebro vascular 30,% ,Crónica vías respiratorias inferiores 21,6 , Tumor maligno de estómago 19,9 % ,Hipertensión arterial 12,6 % , Diabetes mellitus II 10 14,% ,Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón 7%; el promedio de fumadores es bajo, las personas realizan alguna actividad física.

La Tuberculosis En los ocho años en estudio (2004-2010) predomina en el municipio de Pasto la aparición de tuberculosis pulmonar con un total de 226(70%) casos, posteriormente está la tuberculosis extra pulmonar con 95(30%) casos.

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS. Frente a las Enfermedades Transmitidas por los Alimentos (ETA) la Secretaria Municipal de Salud en cumplimiento de normas lineamientos y protocolos desarrolla algunas

actividades indispensables en el sistema de vigilancia epidemiológica como lo son las investigaciones de campo las cuales son utilizadas en los brotes y epidemias. Los agentes etiológicos más frecuentemente detectados en restos de alimentos relacionados con los brotes de ETA fueron, en primer lugar, estafilococo coagulasa positivo identificado en 16 brotes, seguidos de Salmonella en 5 brotes y Bacillus cereus igualmente en 5 brotes. Dentro del plan de salud existe un control a los conceptos sanitarios de los establecimientos que manipulan alimentos.

OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES: LA EPATITIS en el grupo de 0 a 18 años se presenta mayor proporción de casos en los regímenes subsidiado con un 81,5% y contributivo con un 10%. El 8,5% restante corresponde a otros regímenes. El 100% de los casos de Hepatitis A, tanto en adultos como en niños y adolescentes fueron confirmados por clínica y no se tuvo muertes por esta patología.

La Varicela: La incidencia de la varicela en Pasto en la población total durante el año 2011 es de 311,4 por 100.000 habitantes, superando la incidencia nacional que está en 165, 7 x 100.000 habitantes.

MORBILIDAD POR IRA Y EDA. La morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda durante el año 2011 se notificó 30.486 casos frente al año 2010 en cual se reportaron al SIVIGILA 32.143 casos, con una tendencia a la disminución durante el periodo 2008-2011. Las mujeres son las que mayor morbilidad suman a la notificación de este evento con un 58,45%.

MUERTE POR INFLUENZA Los casos confirmados de influenza por virus pandémico AH1N1/09 por años, tenemos 55 en el 2009, 27 en el 2010 y 29 en el 2011. Sin embargo, se presentaron 5 muertes en el año 2009, 4 del género femenino y una persona del género masculino.

ZOONOSIS en cuanto a esta actividad se realizan diferentes actividades como: jornadas de recolección de animales, adopciones, vacunación, exposición rábica, capacitación sobre tenencia de mascotas

EL CONTROL A LOS ACUEDUCTOS: Para el periodo enero - Diciembre del año en curso, en el casco urbano del Municipio de Pasto, no existe riesgo para la salud el consumo de agua suministrada por la empresa de obras sanitaria Empopasto S.A., según análisis de muestras de agua emitidas por el laboratorio del Instituto Departamental de Salud.

EMERGENCIAS Y DESASTRES existen planes de emergencias sobre todo por estar cerca del volcán galeras y la zona de influencia del mismo hay apoyo a red de emergencia como: centros de salud y hospitales, policía, defensa civil, entre otras. Para la ejecución de este plan existe un presupuesto que es insuficiente para colmar todas las necesidades de la población.

ANEXO D. RESUMEN PLAN TERRITORIAL DE SANTANDER DE QUILICHAO

Santander de Quilichao, como hoy se conoce a una importante franja territorial del norte del Cauca correspondiente al municipio del mismo nombre, ha sufrido profundas transformaciones en su contexto histórico, social, económico, e incluso en su configuración espacial y geográfica, desde mediados del siglo XVI, que es cuando comienza muy sutilmente a entrar en la escena de la historia de nuestro país. El Municipio de Santander de Quilichao, está ubicado en la República de Colombia, en el sector Norte del Departamento del Cauca, a 97 Km al norte de Popayán y a 45 Km al Sur de Santiago de Cali, Valle del Cauca, limitado al Norte con los Municipios de Villarica y Jamundí, al Occidente con el Municipio de Buenos Aires, al Oriente con los Municipios de Caloto y Jambaló y al Sur con el Municipio de Caldono. Su extensión es de 597 Km² su posición geográfica respecto al meridiano de Bogotá es de 3° 0' 38" Latitud Norte y 2° 23' 30"; latitud Oeste su altura sobre el nivel del mar es de 1.071 Metros.

Entre los objetivos que tiene el municipio de Santander en cuestión de salud se encuentra:

- Garantizar el Adecuado aseguramiento de la Población, priorizando a la pobre y vulnerable del municipio de Santander de Quilichao.
- Garantizar el Mejoramiento en el acceso de la población quilichagueña a los servicios de salud en instituciones de salud que cumplan con los estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.
- Planear acciones en Salud Publica con base en la identificación de riesgos en salud, para el desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica, desde la perspectiva de la promoción de la salud y prevención de riesgos; generando actividades y prácticas en cada uno de los prestadores de servicios, que permitan el desarrollo de los sistemas de salud municipal, en pro del beneficio de la comunidad quilichagueña
- Desarrollar acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y atención a las siguientes poblaciones especiales: Desplazamiento, Discapacidad, Adulto Mayor, Mujeres Gestantes, Indígena, infantil, adolescente y joven.
- Implementar acciones educativas sobre promoción social como la participación social, discapacidad, desplazamiento, adulto mayor, a profesionales, técnicos y líderes comunitarios.

- Desarrollar acciones de sensibilización y capacitación en el área de la salud laboral con el propósito de promover ámbitos laborales saludables que mejoren la calidad de vida de los trabajadores.
- Fortalecer el Plan Local de Emergencias y Desastres del Municipio de Santander de Quilichao, identificando nuevos riesgos y priorizando zonas de intervención, a través de un proceso de articulación interinstitucional para el desarrollo de acciones preventivas, de mitigación y superación de las emergencias y desastres.
- Ejercer vigilancia y control sanitario sobre los factores de riesgo para la salud, en los establecimientos y espacios que puedan generar riesgos para la población, tales como establecimientos educativos, hospitales, cárceles, cuarteles, albergues, guarderías, ancianatos, puertos y terminales terrestres, transporte público, piscinas, estadios, coliseos, gimnasios, bares, tabernas, supermercados y similares, plazas de mercado, de abasto público y plantas de sacrificio de animales, entre otros.

**Eventos de Interés en Salud Pública Notificados en el año 2005
en el Municipio de Santander de Quilichao**

EVENTOS	CASOS	EVENTOS	CASOS
TBC pulmonar	24	Muerte por EDA Con Dht	2
Sífilis gestacional	20	Muerte TBC Pulmonar	2
Sífilis congénita	20	Expuesto A Rabia	1
Varicela	17	Fiebre Tifoidea	1
Tosferina	6	Hepatitis B	1
Tricomonas	5	Intoxicación Alimentaría	1
SIDA	3	Lepra	1
Hepatitis A	3	Malaria	1
Malaria Vivax	3	Malaria Falciparum	1
Accidente Rábico	2	Muerte por Neumonía	1
Mordedura de perro	2		

EJE PROGRAMÁTICO DE SALUD PÚBLICA

Planificar acciones de salud pública identificando riesgos en salud y desarrollando programas de vigilancia epidemiológica, en el contexto del sistema de protección social para la implementación a nivel municipal de competencias profesionales para el desarrollo de actividades en salud pública desde la perspectiva de la promoción de la salud y prevención de los riesgos, generando actitudes y prácticas de planeación en cada uno de los prestadores de servicios que permitan el desarrollo de los sistemas municipales de salud y a su vez brindar las herramientas conceptuales y prácticas para identificar y gestionar el riesgo poblacional en el municipio de Santander de Quilichao.

ANEXO E. PLAN DE SALUD TERRITORIAL MUNICIPIO DE IPIALES 2012-2015

El propósito del Plan de Salud Territorial 2012 – 2015 define la política pública en salud que garantiza las condiciones para mejorar la salud de la población Ipialeña, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedades, promoviendo condiciones y estilos de vida saludables, previniendo y superando los riesgos para la salud y recuperando o minimizando el daño, entendiendo la salud como un derecho esencial individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de salud, bienestar, calidad de vida y humanización en salud, mediante acciones sectoriales e intersectoriales.

DESCRIPCIÓN FÍSICA DEL MUNICIPIO. El Municipio de Ipiales tiene una extensión de 1.647 Km² (164.600 Ha. Aproximadamente), 789.67 hectáreas del área rural y 625.07 corresponden a la zona urbana. En esa extensión se encuentran cuatro importantes Corregimientos: Las Lajas, La Victoria, Yaramal y San Juan. Limita por el norte con los municipios de Pupiales, Contadero, Gualmatan; por el sur con república del Ecuador; por el oriente con municipios de Córdoba, Potosí y el departamento del Putumayo; y por el occidente con los municipios de Cuaspud, Aldana y república del Ecuador.

ASPECTOS SOCIO ECONOMICOS. Las condiciones sociales de la población de un territorio generalmente están dadas por indicadores que reflejan el nivel de acceso al trabajo, la educación, la salud, el nivel de nutrición infantil y la protección que sus autoridades tengan sobre la población más vulnerable. En cuanto a la cobertura del SGSSS - Sistema General de Seguridad Social en Salud, se tienen 84.789 afiliados al Régimen Subsidiado que corresponden al 67 % de la Población total del Municipio y 26.450 afiliados al Régimen Contributivo que corresponden al 21 % de la Población para un porcentaje total de los 88 % afiliados al SGSSS. Se ha logrado disminuir indicadores de muerte materna, y enfermedades en menores 5 años como Infección respiratoria Aguda y enfermedad Diarreica Aguda, suicidios, consumo de sustancias psicoactivas. Sin embargo siguen siendo un problema de salud las coberturas de vacunación no útiles, la mortalidad perinatal embarazos en jóvenes menores de 20 años, la conducta suicida, la violencia intrafamiliar y en general la violencia en sus diferentes formas que sin ser demasiado altas comparado con el resto del país, se pueden desbordar cuando no se intervienen factores estructurales o se descuida la prevención y el control.

Al adulto mayor se lo atiende a través de instituciones sin ánimo de lucro, almuerzos calientes y cuidados paliativos, además tienen seguridad social con el régimen subsidiado para atención en salud.

Con población en situación de desplazamiento el municipio garantiza la salud a través de la asignación de carnet de régimen subsidiado, se les facilita el acceso a la educación primaria y secundaria a niños y jóvenes de esta población. Además a través de la Unidad de Atención y Orientación a la población desplazada (UAO)

se presta la atención humanitaria de emergencia y se coordina con las instituciones competentes para atender todas las necesidades que esta población requiere.

El municipio debido a su posición fronteriza presenta una actividad comercial inestable dependiente de la tasa cambiaria binacional (dólar – peso). El auge o decadencia depende de las fluctuaciones monetarias que se presenta en los dos países limítrofes. La economía local se fundamenta en actividades agropecuarias, comerciales, de transporte, micros empresariales y turísticos, orientados a la atención de mercados regionales, del interior del país y la República del Ecuador.

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA. Es uno de los programas de mayor importancia en salud pública siendo el responsable de la vigilancia de la salud pública de la población del Municipio tanto en la promoción y prevención de enfermedades las cuales se realizan mediante el seguimiento, asistencia técnica a cada una de las entidades notificadoras del Municipio.

La morbilidad que reporta el Sistema de Vigilancia SIVIGILA, en los últimos dos años se han presentado en el municipio casos confirmados de tosferina uno (1) en el 2010, cinco (5) en el 2011 con tendencia al aumento la población más afectada es menores de 1 mes de vida la cual no se asocia a fallas en el sistema de vacunación; eventos atribuidos a la vacunación con un total de 2 casos para el 2010 y 7 para 2011, tuberculosis pulmonar y extra pulmonar, con una tendencia importante a disminuir. Lo más importante de esto es el control estricto que se realiza de los casos lo cual está certificado por el Instituto Departamental de Salud de Nariño. La hepatitis A en el último año ha sido un evento que ha reportado más de 50 casos año como se observa en la tabla. Los demás eventos solo se reportan casos sospechosos y finalmente han sido descartados.

EL VIH – SIDA es un evento de intensa vigilancia en el país. En el municipio la incidencia de VIH – SIDA en comparación con el año 2010 ha disminuido, se ha fortalecido la búsqueda, el seguimiento, el tratamiento y la convivencia social orientada a mejorar calidad de vida del paciente VIH.

ACCESOS A LOS SERVICIOS DE SALUD Aseguramiento. Con el objeto de facilitar el acceso de la población más vulnerable a los diferentes programas sociales del estado, el SISBEN del Municipio de Ipiales ha censado 57.039.

OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD La ESE Municipal, IPS CORPORACION NARIÑO SALUDCOOP, EMSSANAR, COMFAMILIAR, PROSALUD, ACIZI Gaitara, mallamas, IPS Unidad Médica, CRUZ ROJA COLOMBIANA, LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER, Hospital Civil de Ipiales ESE y Clínica Las Lajas como entidad particular.

Los datos aproximados de cobertura de atención en la Red Municipal muestran que la cobertura de atención consulta médica global es de 83.5%, cobertura de

atención de urgencias 11.80%, cobertura de atención de enfermería 7.50%, cobertura de atención odontológica de 28.30% y cobertura de atención de promotores del 67%.

PLATAFORMA ESTRATEGICA PLAN DE SALUD PÚBLICA

ALCANCE. En desarrollo de las competencias que da la Constitución Política, la Ley 9ª de 1979, Ley 10 de 1990, Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001, Ley 1122 de 2007, Decreto 3039 de 2007, y Resolución 425 de 2008, el Plan de Salud Territorial a cargo de las Direcciones Territorial de Salud, comprende las acciones del Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas y las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud POS del régimen contributivo y del Régimen Subsidiado y de riesgos profesionales. El presente plan se formula en coherencia con el perfil epidemiológico de Salud del Municipio de Ipiales. Además se adoptará el sistema de resultados para realizar los correctivos pertinentes que para el efecto determine el Ministerio de la Protección Social.

MISION. La Administración Municipal de Ipiales, contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de su población, mediante la articulación sectorial e intersectorial y el desarrollo de acciones de inspección, vigilancia y control al SOGC, gestión de los procesos de: aseguramiento, salud pública, prestación de servicios de salud, emergencias y desastres, riesgos profesionales, promoción social y al manejo eficiente y eficaz de los recursos.

VISION. El Municipio de Ipiales al año 2020, tendrá una comunidad saludable, con un sistema de salud integral, con calidad de vida enfocada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, y disminución de riesgos, como componentes del bienestar, la seguridad y el desarrollo integral de la población Ipialeña.

OBJETIVOS Y METAS POR EJES PROGRAMATICOS.

ASEGURAMIENTO. Garantizar el proceso de aseguramiento de la población del Municipio de Ipiales al SGSSS, en cumplimiento de sus competencias, garantizando la cobertura universal, con eficaz gestión y control de los recursos.

PRESTACION Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD. Garantizar la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud de la población Ipialeña en el marco del SOGC, mediante acciones de inspección, vigilancia y control a los actores del SGSSS, y la gestión oportuna de los recursos.

SALUD PÚBLICA. Garantizar el desarrollo de acciones individuales y colectivas sectoriales e intersectoriales de promoción prevención mitigación y superación de los riesgos en las diferentes prioridades de salud pública a través de la inspección, vigilancia y control

DE PROMOCION SOCIAL. Fortalecer las acciones de promoción de la salud, prevención de los riesgos y atención a poblaciones especiales de mayor vulnerabilidad social existentes en el Municipio de Ipiales, mediante la participación social, la articulación intersectorial, y la gestión oportuna de los recursos, permitiendo mejorar el acceso a los servicios de salud.

PREVENCION, VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS PROFESIONALES. Garantizar la caracterización de las condiciones laborales y de salud en actividades ocupacionales de mayor vulnerabilidad en el Municipio de Ipiales y el mejoramiento de los ambientes laborales de la población informal mediante la articulación intersectorial y la gestión de los recursos.

EMERGENCIAS Y DESASTRES. Desarrollar acciones de articulación intersectorial en el desarrollo preventivo de planes de identificación y priorización para la mitigación, reducción del riesgo y atención de la población de Ipiales, en emergencias y/o desastres, optimizando el uso de los recursos.

ANEXO F. FORMATO ENCUESTA
UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA UNAD
REGENCIA DE FARMACIA

Objetivo: Recolectar información acerca de la Hipertensión arterial, analizar los datos obtenidos y determinar algunas acciones de salud pública.

Nombre: _____

Talla: _____

Peso: _____

Masa Corporal: _____

1. Edad: _____

2. Sexo: Masculino () Femenino ()

3. Hace cuanto sufre de HTA.

1-5 () 6- 10 () más de 10 años ()

4. Tiene antecedentes de hipertensión en su familia

Madre () Padre () otros familiares () No refiere ().

5. Usted es una persona que:

Fuma () Toma alcohol () Sedentaria () Drogas ()

6. Que medicamentos está consumiendo para el tratamiento de la HTA

Losartan () Captopril () Hidroclorotiazida () Amlodipino ()

Verapamilo () Enalapril () Metoprolol () Otras ()

7. Cumple usted con la medicación:

Siempre () Casi siempre () Nunca ()

8. Si ha presentado complicaciones SI () NO ()

En caso afirmativo cuales _____

9. Recibe capacitación sobre la HTA en su entidad de salud

SI () No ()

10. Realiza algún tipo de actividad física: SI () NO ()

BIBLIOGRAFIA

American College of Sports Medicine. Guidelines for Graded Exercise Testing and Exercise.

bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_1_99/mgi09199.htm

Encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia, 2010 (ENSIN), Ministerio de Protección Social.

florencia-caqueta.gov.co/.../PLAN_SALUD_TERRITORIAL_FLORE.

Hipertension arterial. Estudio clinico-epidemiologico - revista... Disponible www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2687/3/

Plan de Salud Territorial, Florencia. Disponible:

Plan Territorial de Salud del municipio de Chinchina

Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y...

Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud Organización Mundial de la Salud, 2010.

Relación entre hipertensión arterial y obesidad en pacientes

www.umanizales.edu.co/.../7-tension_arterial_y_obesidad_en_hipertensos.p...